

# Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer stationären Rehabilitationsmaßnahme

Niedersächsisches Landesamt  
für Bezüge und Versorgung  
Beihilfestelle Aurich  
Postfach 1570  
26585 Aurich

Personalnummer	Geburtsdatum
----------------	--------------

**Bedienstete/r bzw. Versorgungsempfänger/in**

Name	Vorname
------	---------

## 1. Für wen wird die stationäre Rehabilitationsmaßnahme beantragt?

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

## 2. Bezeichnung der Rehabilitationseinrichtung

Name	Ort
------	-----

Bitte fügen Sie dem Antrag einen Nachweis (z. B. Hausprospekt) darüber bei, dass es sich um eine anerkannte Einrichtung handelt, die die Voraussetzungen des § 107 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erfüllt und in welcher Höhe des niedrigsten Satzes Leistungen für Unterkunft, Verpflegung und pflegerische Leistungen berechnet werden.

## 3. Ergänzende Angaben

a) Wurde in den letzten 4 Jahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Rehabilitationsmaßnahme (außer Anschlussrehabilitation) durchgeführt und beendet?  Ja  Nein

wenn Ja: Ist nach ärztlicher Bescheinigung aus medizinischen Gründen die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme dringend erforderlich?  Ja  Nein

Hinweis: Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 29 Absatz 1 Nrn. 1 und 2 NBhVO, ausgenommen Maßnahmen der Anschlussrehabilitation, sind vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung einer entsprechenden Rehabilitationsmaßnahme, für die Beihilfe gewährt worden ist oder deren Kosten aufgrund anderer öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, nur beihilfefähig, wenn die Durchführung vor Ablauf von vier Jahren aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.

b) Ist für die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme eine Begleitperson erforderlich?  Ja  Nein

Als Nachweis für das Erfordernis einer Begleitperson ist eine Bestätigung des Arztes oder der Rehabilitationseinrichtung vorzulegen, aus der hervorgeht, dass eine Begleitung aus medizinischen Gründen notwendig ist.

c) Steht der Person, für die der Antrag gestellt wird, zu den entstehenden Aufwendungen aufgrund gesetzlicher Vorschriften Heilfürsorge, Krankenhilfe, Kostenersatz oder dgl. zu?  Ja  Nein

Als gesetzliche Anspruchsgrundlage kommen in Betracht: Sozialgesetzbücher V und VI (SGB V, VI), Knappschaftsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz, BGB

**Wenn ja:**

Anspruchsgrundlage

Bitte Bewilligungs- bzw. Ablehnungsbescheid beifügen.

Name und Anschrift der **Personaldienststelle** bei Heilverfahren für Beihilfeberechtigte (nicht Versorgungsempfänger)

ProReKo-Schule

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für eine Beihilfegewährung sind. Die Bescheinigung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes - ggf. mit Unterlagen - liegt bei. Mit der Einholung eines amts- bzw. vertrauensärztlichen Gutachtens bin ich einverstanden.

Datum	Unterschrift der beihilfeberechtigten Person	Unterschrift des volljährigen Familienangehörigen, für den der Antrag gestellt wird
-------	--	---